

## 放射線業務従事者健康診断問診票(定期用)

～裏面の注意事項を読み記入してください。～

**A. 個人データ**

記入日	(西暦) 年 月 日	内 線	
部 局		所属(講座・学科)	
(氏名)フリガナ		職員または学生番号	
氏 名	男 ・ 女	RI登録番号(6桁) (番号保有者のみ記入)	

**B. 身体 の 状 況 (自覚症状の有無) (放射線取扱いに起因すると思われる症状について記入してください。複数回答可)**

1. 全身慢性症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 立ちくらみ又はめまいがする <input type="checkbox"/> 熱が出やすくなった <input type="checkbox"/> 急に体重が減った
2. 消化器症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胸焼けがする <input type="checkbox"/> 胃が痛む <input type="checkbox"/> 下痢をする <input type="checkbox"/> 便秘をする <input type="checkbox"/> 便に血が混じることがある
3. 血液の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなった <input type="checkbox"/> 皮下出血がある
4. 眼の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 目がかすんだり、物が見えにくくなった <input type="checkbox"/> 医師に白内障又は水晶体の混濁があると言われた
5. 呼吸器の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳や痰がでる <input type="checkbox"/> 痰に血が混じることがある
6. 皮膚の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 傷ができやすい <input type="checkbox"/> 皮膚がうすく、つるつるしてきた <input type="checkbox"/> 発疹がよくでる <input type="checkbox"/> 毛髪が抜けやすい <input type="checkbox"/> 色素がぬけて白髪ができた <input type="checkbox"/> 爪がもろい <input type="checkbox"/> 爪が厚くなった <input type="checkbox"/> 爪が縦に割れる
7. 手足の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手足がしびれたり痛んだりする <input type="checkbox"/> 手足の先が冷たい <input type="checkbox"/> 手指が震えたり感覚がなくなる <input type="checkbox"/> 手指が腫れる <input type="checkbox"/> 手足の関節が痛む

**D. 放射線作業の状況(前回の健康診断以降の状況について記入してください。)**

18. 被ばく歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (「あり」とは、実効線量又は等価線量が、0. 1mSv 以上) ※「なし」の方は、19～28は記入不要です。 ※「あり」の方は、19～28を記入してください。		
19. 放射線障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(症状: _____ )		
20. 放射線作業の場所			
21. 放射線作業の期間	(西暦) 年 月 ~ 年 月		
放射線作業の内容 (複数回答可)	22. 【教育・研究系】	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 非密封RI <input type="checkbox"/> 密封RI <input type="checkbox"/> RI照射装置 <input type="checkbox"/> 放射線発生装置(放射光、加速器) <input type="checkbox"/> X線装置 <input type="checkbox"/> 表示付認証機器(ECDガスクロ)	
	23. 【診療系】	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> X線装置(血管造影・透視等) <input type="checkbox"/> X線装置(一般撮影・CT等) <input type="checkbox"/> ライナック装置 <input type="checkbox"/> 密封RI照射装置 <input type="checkbox"/> RI病棟(検査・治療) <input type="checkbox"/> 非密封RI <input type="checkbox"/> 密封RI	
前回の健康診断以降の 被ばく線量	24. 実効線量	<input type="checkbox"/> 5mSv 以下又は該当しない	<input type="checkbox"/> 5mSv を超える
	25. 眼の等価線量	<input type="checkbox"/> 150mSv 以下又は該当しない	<input type="checkbox"/> 150mSv を超える
	26. 皮膚の等価線量	<input type="checkbox"/> 500mSv 以下又は該当しない	<input type="checkbox"/> 500mSv を超える
	27. 女性腹部の等価線量	<input type="checkbox"/> 2mSv 以下又は該当しない	<input type="checkbox"/> 2mSv を超える
28. 取扱い内容の変化(放射線作業の内容、量、頻度等から、 被ばく線量の増減を推定してください。)	<input type="checkbox"/> 被ばく線量は同じ又は減少が予想される <input type="checkbox"/> 被ばく線量の増加が予想される		

「教育・研究系」の方は問診票の記入は終了です。「診療系」の方は、次のEの※の検診へ進んでください。

**E. 問診・検査・検診結果(医師・健康管理医記入欄)**

※診療系の方の皮膚・眼の検診は各診療科の医師が検診(診察)を行い「実施日」「医師氏名」「所見」を記入してください。

項目	要否	実施日(西暦)	医師氏名	所見(異常ありの場合はその内容)
問診	■必要	年 月 日	<input type="checkbox"/> 健康管理医	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)
血液検査	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 省略可	年 月 日	<input type="checkbox"/> 健康管理医	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見)
※皮膚の検診	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 省略可	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師( _____ ) <input type="checkbox"/> 健康管理医	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見) □発赤□潰瘍□爪の異常 □乾燥又は縦じわ □その他( _____ )
※眼の検診	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 省略可	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師( _____ ) <input type="checkbox"/> 健康管理医	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり (所見) □水晶体混濁 □その他( _____ )

**F. 総合判定(健康管理医記入欄)**

総合判定	判定日(西暦)	健康管理医氏名	判定(保健指導区分)	所見
	年 月 日		<input type="checkbox"/> RA1 <input type="checkbox"/> RB1 <input type="checkbox"/> RB2 <input type="checkbox"/> RC1 <input type="checkbox"/> RC2 <input type="checkbox"/> RD2 <input type="checkbox"/> RD3	

## 問診票記入時の注意事項

1. 問診票の種類は「立入前」「定期」の2種類ありますので間違いのないようにしてください。

問診票の種類	対象者	実施時期
【立入前】	1: 熊本大学で初めて放射線業務従事者として、今回、登録する教職員及び学生 2: 以前、熊本大学で登録したことがある者で、今回、再登録する教職員及び学生	4月・7月・ 10月・1月 ※診療系は毎月実施
【定期】	現在、放射線業務従事者として登録されている教職員及び学生 ※教育研究系の教職員は、原則として、「web問診」を用いる。	7月・1月

2. 記入漏れがないようにしてください。
3. 問診票の内容はパソコンにデータ登録するため、丁寧な字で書いてください。
4. その他

### 【保健指導区分】

区分	内容	指導
RA1	勤務を休みかつ医療行為が必要	要休業
RB1	取扱禁止かつ医療行為を要す	要静養
RB2	取扱禁止	要静養
RC1	取扱いの制限かつ医療行為を要す	要注意
RC2	取扱の制限	要注意
RD2	定期的に医師の観察を要す	なし
RD3	異常なし	なし